

QUELQUES CAS d'Arthrites cervicales fugaces

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 7 Décembre 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

WALTER (David-Hersz)

né le 25 septembre 1912, à Poddebice (Pologne)

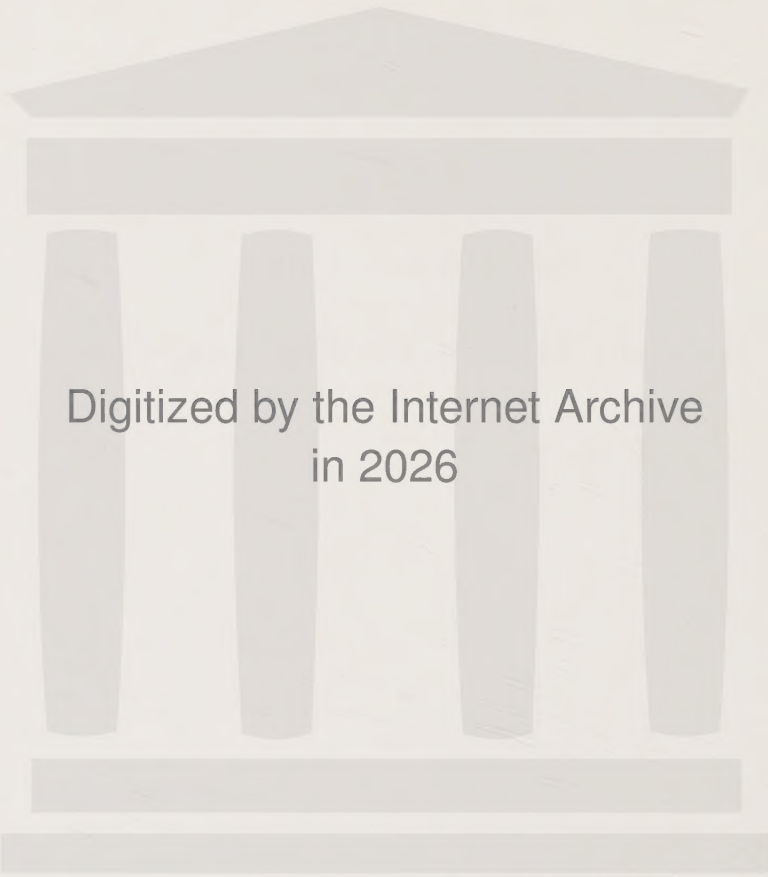
Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur	Président.
		ANDRÉ, Professeur	Juges.
		BINET, Professeur	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1936

**Quelques Cas
d'Arthrites cervicales fugaces**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

QUELQUES CAS d'Arthrites cervicales fugaces

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 7 Décembre 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

WALTER (David-Hersz)

né le 25 septembre 1912, à Poddebice (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. FRÉLICH, Professeur	Président.
		ANDRÉ, Professeur	Juges.
		BINET, Professeur	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1936

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *.

PROFESSEURS :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHHINSHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Clinique médicale	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, I *, A *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I *
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, *, I *
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *
	M. BINET, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I *, professeur.
Clinique gynécologique	M. DROUET, I *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, profes. s. ch.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, *, I *, profess.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I *, agrégé.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, pr. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, I *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, I *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSIDES, détaché.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN, A *	MELNOTTE, O *	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	KISSEL.
WOLFF, A *		

AGRÉGÉS LIBRES :

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les approuver.



A MA CHÈRE FEMME

*Je dédie ce travail, faible témoignage de
mon inaltérable affection.*

A MES PARENTS

*Hommage de profond amour filial et
d'éternelle gratitude.*

A MES BEAUX-PARENTS

Témoignage de ma grande reconnaissance.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES

Meis et Amicis

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre respectueuse gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en nous
inspirant ce travail et en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR ANDRÉ

Professeur de Clinique de Chirurgie urinaire
Chevalier de la Légion d'honneur

*Témoignage de notre reconnaissance pour
son enseignement et pour l'honneur
qu'il nous fait en acceptant de juger
ce travail.*

M. LE PROFESSEUR BINET

Professeur de Clinique Gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

*Dont l'enseignement nous fut toujours
profitable par l'originalité de sa pré-
sentation et par sa rigoureuse pré-
cision. Nos respectueux remerciements.*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

Professeur Agrégé de Clinique infantile

*Nous lui exprimons notre profonde gra-
titude pour la bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée et pour l'aide
précieuse qu'il nous a apportée au
cours de la rédaction de ce travail.*

INTRODUCTION

Un grand nombre de lésions de la colonne cervicale sont étiquetées mal de Pott.

Cette erreur est préjudiciable aux malades que les praticiens traitent pendant des années avec des corsets, repos horizontal et dans les stations climatiques, alors que quelques semaines de traitement approprié auraient suffi pour la guérison.

C'est notre Maître, M. FRÆLICH, qui a, le premier, attiré l'attention sur ces lésions du rachis cervical, d'origine inflammatoire certaine, mais dont le pronostic est favorable si on les traite convenablement.

Nous remercions M. FRÆLICH pour la confiance qu'il nous a témoignée en nous inspirant ce travail.

Notre but est d'étudier ces lésions cervicales bénignes et de contribuer ainsi à l'éclaircissement de cette question, de pratique médicale journalière.

Nous ne savons pas si nous sommes à la hauteur de la tâche, mais qu'on nous pardonne cela.

Nous diviserons notre travail ainsi :

- 1° Anatomie de la colonne cervicale.
- 2° Etiologie et pathogénie.
- 3° Etude clinique.
- 4° Diagnostic et diagnostic différentiel.
- 5° Pronostic et traitement.

ANATOMIE DE LA COLONNE CERVICALE

Le cou est cette portion du tronc qui unit la tête au thorax. C'est une partie relativement étroite, comme étranglée, débordée de toutes parts par la tête qui la surmonte et par le thorax qui lui fait suite.

La colonne cervicale comprend l'atlas, l'axis et les cinq dernières vertèbres cervicales. L'atlas est une sorte d'anneau osseux qui, par ses masses latérales, s'unit avec l'occipital au moyen d'une condylarthrose (articulation occipito-atloïdienne), laquelle permet à la tête de se fléchir et de s'étendre, mais n'est le siège d'aucun mouvement de rotation.

L'atlas s'articule avec l'axis en deux points: 1° par ses éléments propres, c'est l'articulation atloïdo-axoïdienne proprement dite, qui représente, entre l'atlas et l'axis, les articulations des apophyses articulaires des vertèbres suivantes; 2° par son apophyse odontoïde, c'est l'articulation atloïdo-odontoïdienne dans laquelle se passent les mouvements de rotation de la tête.

Le corps de l'axis présente, en effet, sur sa face supérieure, une longue apophyse verticale qui pénètre dans la partie antérieure du trou rachidien de l'atlas et forme une sorte de pivot cylindroïde autour duquel tourne l'atlas; cette apophyse est maintenue en rap-

port avec l'arc antérieur de l'atlas par les ligaments occipito-odontoïdiens et par les ligaments cruciformes.

Les cinq dernières vertèbres cervicales sont unies entre elles, à leur partie postérieure, par de nombreux ligaments dont les plus importants sont les ligaments jaunes (allant d'une lame à l'autre).

Les vertèbres, en effet, s'unissent entre elles par leur corps et par leurs apophyses articulaires. Elles sont, en outre, réunies à distance par leurs lames, par leur apophyse épineuse et par leurs apophyses transverses :

a) Les corps vertébraux s'unissent entre eux au moyen de disques intervertébraux.

b) Les apophyses articulaires sont unies entre elles par des arthrodies ; une synoviale favorise le glissement des surfaces articulaires.

c) Les lames vertébrales sont réunies les unes aux autres par les ligaments jaunes.

d) Les apophyses épineuses sont réunies par les ligaments interépineux.

e) Les apophyses transverses sont réunies par les ligaments intertransversaires.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Jusqu'à la fin du siècle dernier, toute la pathologie de la colonne vertébrale se résumait dans la description du mal de Pott.

Encore aujourd'hui, en raison de son extrême fréquence, le mal de Pott hante l'esprit du médecin qui se trouve en présence d'un syndrome douloureux de la colonne vertébrale.

C'est précisément à cause de cette exclusivité en faveur de la tuberculose vertébrale qu'on désigne sous le nom des faux maux de Pott tout syndrome qui rappelle cette grave maladie, mais qui a une cause autre que le bacille de Koch.

Dès 1898, notre Maître, M. FRÉLICH, publia une série d'observations et appliqua le premier les notions si fécondes des ostéites de croissance à la colonne cervicale.

Notre but n'est pas de passer en revue les faux maux de Pott. Nous nous bornerons à l'étude des arthrites cervicales fugaces qui sont presque toujours d'origine infectieuse, et dont la nature n'est pas toujours décelable à cause de la fugacité des symptômes.

Le siège des arthrites fugaces est la colonne cervicale et la colonne lombaire, à cause de la mobilité très grande de ces portions du rachis. Pour la majo-

rité des cas, ce sont les petites articulations du rachis qui sont atteintes.

Elles surviennent, le plus souvent, chez les sujets jeunes, entre 6 et 20 ans. Pourtant, plus rarement, on peut les voir chez les sujets plus âgés. Ces malades invoquent un traumatisme ayant provoqué cette affection. En réalité, les antécédents permettent d'établir qu'il s'agit d'une lésion antérieure réveillée par la fatigue et les traumatismes répétés.

Les causes de l'arthrite cervicale fugace sont très nombreuses, ainsi que les agents microbiens.

Certainement, la plus anciennement connue est l'arthrite cervicale survenue au cours ou après le rhumatisme articulaire aigu. BROCA et ses élèves ont publié de nombreuses observations. Le rhumatisme articulaire aigu s'attaque très fréquemment aux articulations du rachis cervical. Au cours d'une crise de maladie de Bouillaud, brusquement, un matin au réveil, on constate que les petites articulations sont prises à leur tour. Parfois une arthrite cervicale peut précéder le rhumatisme aigu. Assez souvent elle reste la seule localisation, et sa nature ne peut être déterminée que par le traitement d'épreuve au salicylate de soude.

Il est vrai également que de nombreuses arthrites cervicales ont été considérées, à tort, par BROCA comme étant d'origine rhumatismale. En réalité, en étudiant certaines observations de HUMEAU, élève de BROCA, on peut conclure à une affection connue depuis: une spondylite fugace de croissance. L'arthrite cervicale d'origine rhumatismale existe, certes,

mais nombre d'entre elles peuvent être rattachées à d'autres causes, en particulier les arthrites qui ont une localisation unique sur le rachis cervical, sans atteinte cardiaque.

Nous croyons pouvoir compter les apophysites vertébrales parmi les arthrites cervicales fugaces, à cause de leurs manifestations spéciales et de leur durée. Elles ont été étudiées pour la première fois par M. FRÆLICH, dans son rapport au VI^e Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie (Toulouse 1910), d'après trois observations. On désigne sous le nom d'apophysite vertébrale (médiane ou latérale) l'inflammation subaiguë des apophyses transverses, épineuses ou articulaires d'origine infectieuse probable, associée ou non à une malformation congénitale (côte cervicale).

En raison du caractère temporaire de cette inflammation, alors que la côte cervicale est permanente, M. FRÆLICH pense que les phénomènes douloureux et de compression, quand ils sont passagers, peuvent être dus non à la côte cervicale, mais à l'apophysite latérale associée.

M. FRÆLICH croit qu'au point de vue pathogénique, « la cause de l'infection serait probablement à rechercher non pas dans une lésion bacillaire, mais dans une lésion ostéomyélitique atténuée, due au staphylocoque ». C'est donc une variété de spondylite staphylococcique chez l'adolescent.

Une autre variété de l'arthrite cervicale fugace est un syndrome qui rappelle de loin le syndrome pottique, sans antécédents infectieux, sans signe radiogra-

phique, de durée très courte et évoluant vers la guérison.

Nous croyons qu'il relève d'une infection légère d'origine staphylococcique, et nous allons essayer de le démontrer : la spondylite de croissance est une ostéomyélite larvée de la colonne cervicale, due au staphylocoque chez un sujet en croissance.

Cette opinion est soutenue par M. FRÉLICH pour la syphose des adolescents et les apophysites ; elle l'est ensuite par PONCET pour les ostéites de croissance en général, par LANCE, SORREL et DELAHAY pour les épiphysites vertébrales.

Nous pensons qu'on peut appliquer cette théorie aux spondylites de croissance qui évoluent sans signes radiographiques.

1° *L'âge des malades.* — Il est de 12 à 18 ans. C'est la période de la vie où les atteintes ostéomyélitiques sont les plus fréquentes, et cela s'explique par l'intensité du travail physiologique qui s'opère sur le tissu osseux au cours de la croissance, par la vascularisation intense, par le véritable état congestif réalisé à cette époque de la vie au niveau des zones juxta-épiphysaires de la colonne vertébrale ; il se forme en ces zones, comme au bulbe des os longs, de véritables points d'appel pour les agents infectieux en circulation dans le sang ; or, parmi ceux-ci, le plus fréquent est le staphylocoque. Du reste, le corps vertébral représente une véritable diaphyse qui, avec ses deux épiphyses et ses deux cartilages conjugaux, peut être entièrement assimilé à un os long.

2° *Le caractère fugace.* — L'évolution rapide des phénomènes pathologiques, opposée à la ténacité des atteintes tuberculeuses ou rhumatismales chroniques, explique l'impossibilité d'invoquer ces deux causes à l'origine des spondylites de croissance; seul le staphylocoque, par le polymorphisme de ses manifestations morbides, est capable de le faire.

3° *L'accroissement de la taille qui accompagne ces spondylites.* — En général, l'activité physiologique d'un tissu en état de croissance favorise la localisation des infections sur ce tissu; à son tour, l'infection installée excite le processus de prolifération cellulaire dans son voisinage. Il en résulte que l'examen radiographique montre une augmentation de volume des corps vertébraux, un aspect irrégulier des lames épiphysaires, et si l'infection se prolonge, l'ossification de ces lames ne tarde pas à se produire.

On peut donc concevoir que sous l'influence d'une infection atténuée, d'une véritable ostéomyélite larvée, les troubles de croissance se cantonnent dans l'intimité des tissus. Cette infection, très légère, ne donne pas des signes radiographiques. Un accroissement intempestif de la taille, avec douleurs vertébrales, donne de fortes raisons à penser à une infection staphylococcique qui a atteint, à un moment donné, les cartilages dia-épiphysaires et provoqué leur prolifération.

Tel est le processus admis pour les ostéites de croissance des os longs. Rien ne s'oppose à ce qu'il en soit ainsi pour les vertèbres.

A cause de la bénignité de la maladie, les examens anatomo-pathologiques et bactériologiques sont négatifs et ne permettent pas de confirmer cette hypothèse.

Cependant, LECÈNE et MOUCHET ont démontré, à propos des recherches sur la scapho dite tarsienne (véritable ostéochondrite du scaphoïde), l'origine staphylococcique. On est tenté d'appliquer ces déductions à la spondylite de croissance.

La lecture des divers travaux concernant l'arthrite cervicale avec torticolis d'origine naso-pharyngienne nous a amené à réunir, au point de vue pathogénique, une série de ces arthrites de différentes causes. Ce sont les arthrites cervicales survenant après une angine, amygdalectomie, adénite cervicale aiguë, furoncle de la nuque, diphtérie et broncoscopie.

Ces arthrites, d'origine naso-pharyngienne, étaient déjà décrites par LANNELONGUE, BROCA et KIRMIS-SON sous le nom de « torticolis occipito-atlo dien ». Notre Maître, M. FR ELICH, publia un cas survenu après une bronchoscopie, dont nous donnons un résumé de la *Revue Médicale de l'Est*, en 1924. GRISEL publia, en 1930, une remarquable étude dans la *Presse Médicale*. Pour cet auteur, la pathogénie de l'affection serait une infection lymphog ne partie du rhino-pharynx qui détermine très rapidement, par la contracture des muscles prévertébraux, une subluxation ou une énucléation partielle de l'atlas, causant des attitudes vicieuses définitives si on ne corrige pas aussitôt. C'est bien la caractéristique des cas

graves, mais heureusement il existe des formes de moyenne et de faible intensité.

GRISEL explique que « une infection partie du naso-pharynx et, suivant les voies lymphatiques de l'anneau péri-amygdalien, détermine dans l'espace rétro-pharyngien une poussée aiguë de lymphangite, d'adénite, de cellulite, qui, s'étendant au deuxième relai ganglionnaire, devient visible et palpable au niveau des ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne ».

A côté de ces cas graves, « on trouve des cas moyens, dit GRISEL, et des cas légers n'allant pas jusqu'à la luxation de l'atlas, mais toujours reconnaissables à leurs caractères fondamentaux : lésion infectieuse naso-pharyngienne, poussée d'adéno-lymphangite soulevant parfois la paroi pharyngienne et caractérisée par la gêne de la déglutition, les douleurs d'oreilles, l'apparition des ganglions, torticolis par contracture prévertébrale, inclinant la tête si la lésion pharyngienne est latérale, l'infléchissant directement si elle est médiane ou diffuse ».

Pour GRISEL, l'arthrite atloïdo-axoïdienne ou cervicale n'existe pas et la subluxation ou l'énucléation de l'atlas serait l'effet mécanique de la contracture des muscles prévertébraux. Mais sans nier les faits rapportés par lui, on peut conclure qu'il peut y avoir contracture avec arthrite aiguë ou subaiguë cédant après quelques jours.

Si la contracture engendre la luxation, d'autre part elle maintient la colonne cervicale et ne permet

pas à l'éclosion des symptômes graves de la compression médullaire ou bulbaire.

L'existence de l'arthrite cervicale de cette origine est prouvée par les observations de SWANBERG, BERKHEISER, SEIDLER et ODELBERG-JOHNSON.

Ces derniers rapportent un cas d'arthrite après amygdalectomie, mais ne partagent pas l'avis de GRISEL en ce qui concerne la subluxation de l'atlas. Pour eux la subluxation est seulement une apparence, due à ce que les vertèbres sont en position de rotation, qui fait disparaître l'espace cartilagineux entre l'atlas et l'axis.

L'arthrite cervicale post-scarlatineuse était déjà signalée par GRAVES, TROUSSEAU, SAYRE, DESPINE, LANNELONGUE et BROCA. Dernièrement, MAYET et LAVAL, à propos d'un cas personnel, ont publié un article dans le *Bulletin Médical*.

Le rhumatisme scarlatin a une prédilection spéciale pour la colonne cervicale et donne naissance « non seulement à des douleurs rhumatoïdes, disent MAYET et LAVAL, mais à de véritables arthrites dont quelques-unes affectent même à ce niveau des caractères particuliers. Pendant la période d'acuité, elles se caractérisent, en dehors de la douleur et d'un certain gonflement, par une attitude parfois très intense en torticollis ». La moindre tentative de redressement provoque des douleurs très violentes.

La spondylite syphilitique fugace est le plus souvent d'origine héréditaire, le pseudo-mal de Pott spécifique étant une manifestation de la syphilis tertiaire et donnant des lésions graves de carie osseuse.

La spondylite tuberculeuse fugace provoque des lésions passagères mais qui peuvent se compliquer, après un certain temps, d'un véritable mal de Pott.

Les traumatismes directs ou indirects donnent rarement des arthrites, le plus souvent ils ont pour résultat une entorse ou une luxation d'une ou de plusieurs vertèbres. Parfois on note une chute dans les antécédents, comme le montre l'observation VII.

Nous ne croyons pas avoir passé en revue toutes les causes et mécanismes susceptibles de donner naissance aux arthrites cervicales fugaces, mais au moins les principales. Les causes peuvent être aussi nombreuses que le nombre des germes se fixant sur les os et les articulations.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous éprouvons de grosses difficultés à dresser un tableau clinique fidèle à toutes les observations. Cela est très compréhensible, vu la multiplicité des causes provoquant les arthrites cervicales fugaces. Nous croyons donner cette courte étude clinique comme applicable à la majorité des cas observés.

Le début est souvent brusque; en général, les premiers symptômes apparaissent au réveil, le matin.

La fièvre, presque toujours peu élevée, manque assez souvent. Elle est de courte durée. Il est bien rare que le médecin puisse la constater, à cause de sa courte durée et parce que les symptômes généraux sont si peu intenses que la famille ne s'inquiète guère.

C'est seulement plus tard, lorsque la déviation persiste, qu'on se décide à venir consulter.

La douleur spontanée a le plus souvent peu d'intensité et le malade cesse de s'en plaindre quand sa tête est bien appuyée sur l'oreiller, bien immobilisée. La contracture des muscles voisins disparaît dans la même position, preuve qu'elle a seulement pour but d'assurer l'immobilisation des articulations douloureuses. Mais le malade vient-il à faire un mouvement, aussitôt la douleur se manifeste à nouveau, en même temps que réapparaît la contracture.

Le siège de la douleur spontanée est un peu vague. Elle occupe, d'une manière assez diffuse, toute la région de la nuque, pourtant avec prédominance d'un côté. Pour bien préciser son siège, il faut recourir à la méthode des pressions localisées. On constate alors que les muscles sont indolores ou du moins peu douloureux, tout aussi bien du côté où est inclinée la tête que du côté opposé.

Par contre, la pression sur les apophyses épineuses cause une vive souffrance sur une hauteur variable selon le siège de l'affection. La pression sur les apophyses transverses est plus douloureuse encore, bien que celles-ci soient protégées par les muscles des gouttières vertébrales, qui se raidissent sous la main pour protéger les articulations sous-jacentes. Quelquefois, la pression sur les apophyses transverses est douloureuse de deux côtés. Le plus souvent la douleur existe d'un seul côté.

Si l'on essaie de corriger l'attitude vicieuse ou d'imprimer un mouvement quelconque à la colonne cervicale, on réveille une souffrance vive et nettement localisée par le malade aux endroits déjà trouvés douloureux à la pression.

Les douleurs spontanées disparaissent les premières et, en général, assez rapidement. Mais les douleurs provoquées par la pression ou les mouvements persistent pendant un temps relativement plus long.

C'est à la douleur qu'il faut attribuer au début l'immobilité de la tête et la gêne des mouvements du tronc. La tête est immobile, même lorsque l'articulation occipito-atloïdienne est intacte et cela parce que

tous les mouvements s'accompagnent d'un ébranlement de la colonne cervicale. Le malade veut-il regarder de côté ou derrière lui : il le fait en tournant le buste entier.

Les mouvements de flexion ou d'extension sont impossibles ou, du moins, très douloureux parce que la tête ne se trouve plus dans l'axe vertical. Aussi, au lieu de se pencher en avant, le malade se baisse tout d'une pièce en pliant les genoux et les hanches.

Plus tard, lorsque la douleur a disparu complètement, il peut alors encore persister de la raideur, de la gêne des mouvements du cou. L'impotence fonctionnelle tient alors à des déformations osseuses, à des adhérences fibreuses péri-articulaires, d'ailleurs assez rares.

Lorsque le malade vient à la consultation, ce qui, au premier abord, frappe les yeux, c'est l'attitude vicieuse de la tête. Elle est variable avec chaque sujet. La plus fréquente est l'attitude semblable au torticolis sterno-cléido-mastoïdien. La tête est inclinée sur une épaule et la face regarde du côté opposé.

Parfois, la tête est immobilisée dans le plan antéro-postérieur sans inclinaison latérale, sans torticolis. CHAUFFARD a publié un cas où la tête était en extension. Il se peut également que l'attitude vicieuse varie du jour au lendemain.

La tête reste fixe et immobile dans son attitude vicieuse. L'arthrite rend fort bien compte de cette attitude. Si les articulations sont prises de deux côtés, il n'y aura pas de déviation latérale, la tête restera immobilisée dans le sens antéro-postérieur.

Lorsque les deux côtés sont pris simultanément, mais d'une façon inégale, on trouve une inclinaison latérale de la tête.

Si, au contraire, un seul côté est malade, la tête se présente toujours en inclinaison latérale et avec torticolis le plus souvent. L'attitude a pour but de diminuer la douleur, d'en empêcher le frottement des surfaces articulaires malades. C'est pour cela que la tête s'incline du côté opposé à la douleur, pour que les surfaces articulaires soient plus écartées.

Quant aux signes radiographiques, ils ont une valeur assez relative dans notre cas, à cause de la bénignité de la lésion. On peut parfois constater l'existence d'une côte cervicale, d'un épaissement d'une apophyse transverse. Le plus souvent la radiographie reste négative.

En résumé : L'arthrite cervicale fugace débute brusquement, mais est relativement de courte durée. La douleur, le plus souvent unilatérale, est nettement localisée soit aux apophyses épineuses, soit, beaucoup plus fréquemment, sur les apophyses transverses. La pression sur les muscles est peu douloureuse ou indolore. La tête est inclinée, adoptant une attitude vicieuse, explicable par le siège et l'intensité de l'arthrite. Les signes radiographiques sont minimes à cause de la fugacité de l'inflammation.

DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous étudierons cette question en trois points :

- 1° Diagnostic avec le mal de Pott ;
- 2° Diagnostic avec les autres affections du rachis et du cou ;
- 3° Diagnostic positif de l'arthrite cervicale fugace.

1° Le mal de Pott, en général, et à la période d'état, se caractérise par l'association d'un syndrome rachidien avec pseudo-névralgies et d'un syndrome pyramidal plus ou moins accentué. Nous ne décrirons pas le mal de Pott à cette période parce que le médecin n'a aucune difficulté pour le diagnostiquer si le tableau clinique est au complet.

C'est à la période de début, quand les signes fonctionnels du syndrome rachidien sont seuls ébauchés, que l'on risque de méconnaître longtemps une lésion tuberculeuse du rachis.

C'est aussi en présence de maux de Pott monosymptomatiques, d'ailleurs assez rares, que le diagnostic est extrêmement délicat.

Le mal de Pott au début. — Pas de gibbosité angulaire et médiane, pas d'abcès ossifluents, d'orifices fistuleux, pas de troubles nerveux et trophiques pour nous guider dans le diagnostic.

Le début est très lent et insidieux, surtout chez l'enfant et l'adolescent. On trouve une série de petits signes : fatigabilité rapide, affaiblissement général, dérobement des jambes associé à des douleurs spontanées ou provoquées par la pression sur une ou plusieurs apophyses épineuses. Parfois la douleur provoquée n'est pas très nette et on constate à peine un léger degré de rigidité vertébrale.

A cette période, le diagnostic ferme est très difficile et avant de se prononcer, il faut bien suivre l'évolution à cause du pronostic grave que comporte le mal de Pott.

En faveur de la spondylite bacillaire plaident quelques facteurs de probabilité qui, bien confrontés, facilitent de beaucoup le diagnostic.

a) *Les antécédents.* — L'état sanitaire de la famille ou du milieu dans lequel se trouve le malade est très important à connaître. Chez l'enfant, la notion d'une maladie anergisante comme la rougeole, la coqueluche, chez l'adulte une atteinte bacillaire antérieure, fournissent des renseignements précieux.

b) *Les examens cliniques.* — En dehors de l'état indicateur possible de tel ou tel organe (poumons, plèvres, testicules), il est rare que l'état général ne révèle pas quelques signes d'imprégnation bacillaire ; le teint anémique ou blafard, le faciès chlorotique, la minceur presque transparente de la peau constituent des éléments de présomption quant au « terrain ». Plus importante sera la notion de fatigabilité excessive, d'abondantes sueurs nocturnes et surtout d'un

amaigrissement associé à des poussées fébriles vespérales. Si à cela s'ajoute une petite toux sèche, une tachycardie avec une hypotension artérielle, on se trouve alors en présence d'un ensemble de symptômes qu'il serait bien rare de rencontrer au cours d'une arthrite cervicale fugace. La lenteur extrême du début du mal de Pott s'oppose nettement à la brusquerie des symptômes par lesquels se révèlent les arthrites cervicales.

c) *L'examen radiographique.* — C'est peut-être le seul facteur qui présente une valeur absolue pour le diagnostic du mal de Pott au début. La bacillose osseuse est seule capable de donner cette décalcification précoce qui se traduit par une exagération de la transparence aux rayons X; ainsi, les vertèbres touchées apparaissent très rapidement avec moins de netteté que les saines; elles sont comme « lavées, comme noyées dans une atmosphère nuageuse qui rend leur surface floue, leurs contours imprécis ». Outre ces signes, il en est un, le pincement vertébral, qu'on considérerait jusqu'à ces derniers temps comme pathognomonique; on peut le voir en dehors de la spondylite tuberculeuse.

Enfin, on a cité des cas où le mal de Pott ne s'est révélé par aucun signe radiographique à la période de début (SORREL et M^{me} SORREL-DEJERINE).

d) *Les examens de laboratoire.* — Ils ont tous une signification négative; ils se proposent comme but d'éliminer ou de confirmer l'origine spécifique, typhique possible de la spondylite. Reste la cuti-réaction

qui peut fournir quelques indications de valeur assez relative.

2° Diagnostic avec les autres affections du rachis cervical et du cou:

a) L'adénite cervicale aiguë peut se compliquer de torticollis. La présence des ganglions douloureux et enflammés sur les parties latérales du cou, l'absence des douleurs articulaires rendent le diagnostic facile.

b) La mastoïdite peut également se compliquer de torticollis et cela est facile à comprendre, étant donné les insertions supérieures du sterno-cléido-mastoïdien. L'examen du conduit auditif, l'absence complète de douleur à la pression derrière le pavillon de l'oreille permettent à coup sûr d'éliminer la mastoïdite.

c) L'entorse des vertèbres cervicales est l'affection qui se rapproche le plus, au point de vue clinique. Les symptômes peuvent être les mêmes, le siège de la douleur est localisé dans les deux cas au niveau des articulations. L'attitude vicieuse peut être la même. Le diagnostic s'établit par la notion de cause que fournissent les malades, par l'existence d'un traumatisme ou d'un mouvement forcé, qui a précédé l'entorse.

d) La subluxation d'une ou de plusieurs vertèbres cervicales donne également des attitudes vicieuses. Nous avons vu que cette lésion peut exister à côté d'une véritable arthrite. La notion d'un traumatisme, le toucher pharyngien permet de sentir une saillie de la vertèbre subluxée, la radiographie, l'apparition des

troubles médullaires ou bulbaires facilitent le diagnostic.

e) La spondylite syphilitique se caractérise par un ensemble de symptômes différents de l'arthrite cervicale. La spondylite syphilitique est exceptionnellement d'origine héréditaire. C'est une manifestation de la syphilis tertiaire, une affection de l'âge adulte entre 30 et 40 ans. La douleur est très intense dans le pseudo-mal de Pott syphilitique avec exacerbations nocturnes, donc non calmées par le repos. En outre, on peut constater une dysphagie parfois intense et le toucher pharyngien fait sentir une ulcération à la face postérieure du pharynx. La radiographie peut rester négative comme elle l'est dans l'arthrite cervicale fugace, mais le plus souvent on voit dans la spondylite spécifique des lésions de carie osseuse et de perte de substance d'un ou plusieurs corps vertébraux, associées à des zones d'hyperostose. Tous ces symptômes ne sont pas l'apanage de l'arthrite cervicale fugace.

3° *Diagnostic positif de l'arthrite cervicale fugace:*

a) *Les antécédents.* — Une scarlatine, une crise de la maladie de Bouillaud¹ récente, une angine, une rougeole, un furoncle de la nuque doivent être recherchés comme les causes possibles de l'éclosion de l'arthrite. Très importante sera également la notion d'une amygdalectomie, d'une bronchoscopie récentes vu la fréquence relative de l'arthrite cervicale après ces traumatismes opératoires. Souvent les antécédents ne fournissent aucun renseignement utile.

b) *Signes cliniques.* — Le début est généralement brusque. L'élément douleur et l'intensité des signes fonctionnels prédominent nettement sur les signes physiques. L'état général est peu altéré. La résolution de l'arthrite se fait généralement très vite avec restitution intégrale de tous les mouvements.

c) *Signes radiographiques et examens de laboratoire.* — La fugacité de l'arthrite se traduit également par les signes radiographiques négatifs. Rarement on peut voir : α) une altération du disque cartilagineux intervertébral, caractérisé par la disparition d'un ou plusieurs espaces clairs intervertébraux ; β) l'inflammation des tissus périvertébraux, intéressant le périoste et divers ligaments latéraux, antérieurs, interépineux et se traduisant, d'après LANCE et JAU-BERT, par la formation d'un « réticulum irrégulier qui enveloppe, à la manière d'une toile d'araignée, toute la tige osseuse masquant les vertèbres et les disques ».

Dans les apophysites latérales on peut voir un épaississement d'une ou de plusieurs apophyses transverses. Quant aux examens de laboratoire, ils n'ont aucune valeur absolue à cause de la fugacité de la lésion. On ne peut guère songer à mettre le staphylocoque en évidence dans les cas si atténués de l'ostéomyélite vertébrale.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des arthrites cervicales fugaces est bénin. Leur durée est variable en moyenne deux mois. Dans la majorité des cas la guérison amène une restitution complète de tous les mouvements articulaires. Un peu de raideur persiste parfois pendant quelques mois. La spondylite tuberculeuse fugace peut donner ensuite un véritable mal de Pott.

Le traitement est essentiellement orthopédique. On applique au malade un collier plâtré pendant un ou deux mois, si le redressement est possible. S'il est devenu impossible, il faut faire la traction continue pendant une huitaine de jours, au bout desquels on applique le collier.

Le plus souvent, le traitement indiqué suffit pour amener la guérison. Mais il arrive parfois, qu'après l'ablation du collier, l'attitude vicieuse persiste; on a recours à une Minerve (collier en cuir) portée par le malade pendant 6 mois seulement la nuit.

Dans les cas où il y a coexistence d'une côte cervicale et d'une apophysite latérale, on peut traiter le malade par la roentgenthérapie, qui donne d'excellents résultats.

Rarement on a recours au traitement chirurgical. L'ablation de l'apophyse malade ou de la côte cervicale est à envisager quand les phénomènes de compression sont marqués.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. FRÉLICH, *Revue d'Orthopédie*, 1911)

J. B..., de F... (Haute-Saône), âgée de 14 ans; elle a dix frères et sœurs bien portants, les parents jouissent également d'une excellente santé; elle a eu la rougeole et la varicelle, étant toute jeune; depuis elle s'est toujours bien portée. Les règles se sont installées d'une façon normale depuis un an.

Depuis six mois la jeune fille s'est mise à souffrir sur le côté droit du cou à sa partie inférieure; cette douleur s'irradie vers le moignon de l'épaule et quelquefois existe même à gauche. Ces douleurs sont telles, à certains moments, qu'elles donnent de l'insomnie.

L'état général s'est aussi altéré, l'appétit est devenu moins bon et, de temps à autre, il se produit une poussée fébrile, vespérale.

Le P^r HAUSHALTER, consulté, donne un traitement reconstituant et un calmant pour les douleurs.

La situation ne s'améliorant pas, M. HAUSHALTER me l'adresse, pensant à l'existence d'une lésion osseuse cervicale.

3 février 1909. — Examen: Nous voyons une jeune fille grande, le cou élancé, la figure colorée, d'un état général assez bon, elle aurait cependant maigri.

La pression locale sur les apophyses transverses cervicales est douloureuse, surtout à droite; ces douleurs ressemblent aux douleurs spontanées, éprouvées par la jeune fille; les mouvements du bras droit réveillent quelquefois ces douleurs. La pression sur les apophyses épineuses cervicales n'est pas douloureuse. Les mouvements de la colonne cervicale sont

libres, la forte inclinaison latérale de la colonne cervicale en totalité réveille une douleur à la base du cou, surtout à droite.

A la palpation, on constate, fortement saillantes, les apophyses transverses des dernières vertèbres cervicales.

Les douleurs éprouvées par la jeune fille sont spontanées, très intenses, quelquefois accrues par la marche et le balancement des bras.

On perçoit, en arrière du sterno-mastoïdien à droite, les battements de la sous-clavière. Les deux mains sont également colorées, comme la figure, mais elles ne présentent aucune différence de température..

Les pulsations radiales sont égales, l'auscultation ne révèle aucune lésion ni au cœur, ni au poumon. Une radiographie montre une hypertrophie des apophyses transverses de la 6^e vertèbre cervicale et deux côtes cervicales symétriques au niveau de la 7^e vertèbre cervicale, dirigées brusquement en bas et se soudant à la première côte.

Les corps vertébraux sont absolument normaux et ne présentent aucune trace de lésions bacillaires.

M. FRÆLICH pense être en présence d'une inflammation de croissance (ostéomyélite larvée des apophyses transverses et articulaires des dernières vertèbres cervicales, chez une jeune fille présentant en outre des côtes cervicales). Ainsi on explique les douleurs et les poussées fébriles vespérales.

M. FRÆLICH conseille le port d'un collier, pour immobiliser complètement la colonne cervicale, prenant appui sur les deux épaules, soutenant la tête par l'occiput et le menton. En outre, il prescrit une préparation iodée.

22 avril. — Les douleurs sont moindres depuis le port du collier, mais l'appétit laisse encore à désirer.

29 juin. — La guérison n'est pas encore obtenue, les douleurs sont en notable diminution. Une nouvelle radiographie donne les mêmes indications que précédemment.

La jeune fille va passer quelques semaines en Suisse.

28 octobre 1909. — Les douleurs seraient de nouveau plus

fortes et l'état général moins bon. L'enfant aurait maigri de 6 kilos.

30 décembre 1909. — L'enfant aurait eu tous les soirs, pendant trois semaines, 39°.

La pression sur les apophyses transverses est toujours douloureuse. Mais les douleurs sont moindres.

Depuis ce temps la situation s'est améliorée et progressivement les douleurs ont complètement disparu et les accès de fièvre également.

On était donc en présence d'une apophysite cervicale latérale chez un sujet présentant des côtes cervicales.

OBSERVATION II

(M. FRÆLICH, *Revue d'Orthopédie*, 1911)

V... de M..., âgé de douze ans et demi, jeune collégien, est soigné par nous, ainsi que par M. HAUSHALTER, depuis trois ans.

Il y a un peu plus de trois ans, son état général devint moins bon et l'enfant se plaignit de douleurs au niveau des parties latérales du cou et dans le bras droit. Dans ses antécédents, nous remarquons une mère bien portante, le père a eu une iritis, deux frères et une sœur bien portants.

Au premier examen nous notons : garçon assez bien constitué, plutôt gras. Le thorax est légèrement en entonnoir, pas d'autres signes de rachitisme. Dents de Hutchinson. L'enfant tient le cou légèrement raide, cependant il fait les mouvements de flexion, d'extension et de rotation au niveau des premières vertèbres cervicales.

Les mouvements de flexion exagérée de toute la colonne cervicale ainsi que les mouvements d'inclinaison latérale, sont très douloureux. La pression sur les apophyses épineuses n'est nullement douloureuse, mais la pression sur les apophyses transverses de toute la colonne cervicale est douloureuse. Il existe là un léger empâtement. L'enfant marche avec prudence et hésitation. L'action de marcher brusquement sur le

sol est ressentie dans le cou. Les deux mains sont froides, le pouls bat d'une façon égale des deux côtés. A droite, on sent les pulsations de la sous-clavière, en dehors du chef claviculaire du sterno-mastoïdien. Le cœur et les poumons sont indemnes. M. HAUSHALTER et moi nous posons le diagnostic d'arthrite cervicale et nous faisons porter une Minerve pour immobiliser la colonne cervicale.

Ce collier est porté pendant deux ans.

Les douleurs sont calmées, ou tout au moins considérablement atténuées par l'immobilisation. A plusieurs reprises l'enfant a eu de fortes douleurs dans le bras droit et une sensation d'engourdissement et de parésie dans ce membre.

L'enfant fut encore soumis en plus à un traitement iodo-hydrargirique quoique tout antécédent spécifique pût être écarté. L'état général fut assez mauvais par intervalles; l'enfant eut de l'amaigrissement. A aucun moment la pression sur les apophyses épineuses cervicales ne fut douloureuse, tandis que la pression sur les apophyses cervicales latérales, surtout sur les dernières, resta douloureuse jusqu'au mois de novembre 1909.

Une radiographie montra l'intégrité des corps vertébraux de la colonne cervicale, mais révéla l'existence de côtes cervicales bilatérales et d'une augmentation de volume des apophyses transverses.

Depuis le mois de novembre dernier l'enfant a repris ses classes, l'état général est redevenu excellent, les accès de fièvre ont disparu.

Nous avons donc été en présence d'une apophysite cervicale de croissance, chez un sujet atteint de côtes cervicales.

OBSERVATION III

(M. FRÉLICH, *Revue Médicale de l'Est*, 1924)

M. FRÉLICH présente un enfant, entré dans son service le 8 mars, parce que les parents avaient constaté que depuis trois semaines l'enfant tenait la tête inclinée et se plaignait de douleurs dans la nuque et dans les épaules.

En l'examinant, on voit que l'enfant marche d'un pas saccadé, tenant la tête inclinée à gauche et le menton tourné à droite.

En arrière, à l'inspection, on voit que la colonne cervicale est rectiligne, la lordose normale a disparu. La pression sur l'arc de l'atlas est douloureuse, l'arc est plus proéminent de ce côté. Les deux premières apophyses épineuses sont dirigées un peu à droite par rapport aux autres. Pas d'empâtement ni ganglions.

Le toucher pharyngien montre une saillie de premiers corps vertébraux, mais pas d'empatement.

L'enfant souffre en marchant; chaque pas détermine des douleurs au niveau des vertèbres cervicales. La colonne cervicale est rigide. L'enfant se tourne en bloc. Pas d'inégalité pupillaire.

Radio de face, rien d'anormal. Radio de profil: on voit que l'atlas et l'axis ont subi un mouvement de torsion au-dessus du troisième corps vertébral en avant et sur le côté.

Il y a quelque temps l'enfant a avalé une épingle, ce qui a nécessité une bronchoscopie.

Le port d'un collier pendant un mois amène une guérison complète.

OBSERVATION IV

(Inédite. Service de M. FRÆLICH)

Jeanne B..., 2 ans, vient à la consultation le 24-7-1924.

L'enfant tient la tête penchée à droite depuis deux mois, surtout à la fin de la journée; elle a eu de nombreux ganglions.

A l'examen, pas de saillie vertébrale ni de douleur à la pression. Légère douleur à la plexion forcée. Toucher pharyngien: rien. Arthrite cervicale au niveau des IV^e, V^e et VI^e vertèbres cervicales.

Le 24 septembre, on remet un collier. Rien de particulier. Bon état général. Guérison.

OBSERVATION V

(Inédite. Service de M. FRÆLICH)

Marthe V..., 10 ans, vient à la consultation. Dans ses antécédents on note le rhumatisme articulaire aigu généralisé. L'enfant tient la tête inclinée du côté gauche. Une radiographie pratiquée montre l'existence d'une côte cervicale droite. Douleur à la pression des apophyses transverses des vertèbres cervicales. On constate un peu de contracture musculaire qui est due à l'irritation par la côte surnuméraire. Il peut, en outre, exister un peu d'arthrite cervicale consécutive à l'affection rhumatismale.

Collier plâtré pour un mois. Guérison.

OBSERVATION VI

(Inédite. Service de M. FRÆLICH)

Bernard L... vient à la consultation le 21 mars 1929.

Arthrite cervicale consécutive à un furoncle siégeant à la face postérieure du sterno-cléido-mastoïdien gauche. Atteinte de petites articulations. Inclinaison permanente de la tête à gauche. Sixième vertèbre cervicale affaissée.

25 mars: collier plâtré pour un mois. Minerve pour six mois. Guérison.

OBSERVATION VII

(Inédite. Service de M. FRÆLICH)

Alice V..., âgée de 5 ans 1/2, vient consulter le 9 mars 1935.

Après une amygdaléctomie qu'elle a subi, il y a neuf mois, ses parents ont constaté que l'enfant tient la tête inclinée du côté droit. L'état général est un peu déficient. Torticolis osseux. On porte le diagnostic d'arthrite cervicale. On met un collier plâtré qui amène la guérison de l'arthrite. A ce moment l'enfant présente des troubles sphinctériens. Le traitement spécifique amène une amélioration.

OBSERVATION VIII

(Inédite. Service de M. FRÖLICH)

P... Paul, âgé de 9 ans, vient consulter le 30 janvier 1936.

Il aurait fait une chute il y a quelques semaines. On constate que l'enfant tient la tête de travers ; soupçonnant une fracture ou une luxation d'une vertèbre cervicale, on fait faire une radiographie qui reste négative.

Traction continue pendant huit jours. Collier plâtré pour six semaines. L'enfant est revu. Tous les mouvements articulaires sont possibles ; pas de raideur.

OBSERVATION IX

(J. MONTAGNE. Thèse Montpellier, 1926)

M. D..., 10 ans, vient consulter pour des douleurs de la région cervicale.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : rougeole et scarlatine à l'âge de 2 et 3 ans. Fièvre typhoïde il y a quatre ans.

L'enfant a grandi normalement, disent ses parents, au cours des derniers mois.

Le début de l'affection remonte à deux mois et demi. Au réveil on constate une raideur de la nuque, des douleurs au même niveau. On pense d'abord à un simple torticolis puis, devant la persistance des symptômes, l'enfant est amené à la consultation.

Examen clinique. — Pas d'attitude vicieuse de la tête. Pas de déformation de la colonne cervicale.

Contracture musculaire très marquée, qui fut d'ailleurs le premier symptôme, précédant même la douleur.

Flexion, extension et rotation de la tête très limitées. Pour ramasser un objet à terre, l'enfant est obligé de fléchir les genoux. Toucher pharyngien : négatif. Douleur nette à la pression des apophyses épineuses des III^e et IV^e vertèbres cervicales.

Examens radiographiques. — Une première série de clichés montre, sur le corps de la V^e vertèbre cervicale, une tache transparente assez étendue. Mais, sur de nouvelles radiographies, la vertèbre suspecte apparaît tout à fait normale.

Examens de laboratoire:

1^o Cuti-réaction: négative.

2^o Sang: hémoculture négative.

3^o Séro-diagnostic de Widal (notion de typhoïde antérieure): négatif.

4^o Bordet-Wassermann: négatif.

Evolution de la maladie. — Les parents ne voulant pas laisser l'enfant à l'hôpital, on ordonne un traitement salicylé, pour éliminer le rhumatisme articulaire aigu (bien qu'il s'agisse d'une localisation unique ici).

Trois semaines plus tard, les douleurs et la contracture n'ont pas cessé. On interrompt le traitement salicylé et on ordonne un repos au lit qui amène une amélioration.

OBSERVATION X

(J. HUMEAU. Thèse de Paris, 1896)

C... Adolphe, âgé de 10 ans, vu à la consultation de M. BROCA le 24 août 1896.

Antécédents héréditaires: nuls.

Antécédents personnels: né à terme. Rougeole à 7 ans. Pas d'autre maladie.

Début de la maladie. — L'affection a débuté dans la nuit du 14 au 15 août. Le matin, la mère trouve son enfant avec un torticolis accentué. La tête était inclinée du côté droit. Les mouvements étaient impossibles et l'enfant accusait une douleur vive dans l'épaule droite.

Le 24 août, l'enfant est amené à la consultation. La mère déclare qu'il y a une grande amélioration. La tête est à peine déviée. Tous les mouvements sont possibles et peu douloureux.

Les faisceaux claviculaires du trapèze sont tendus : la pression du muscle entre les doigts révèle une légère douleur.

Le palper des apophyses latérales des premières vertèbres cervicales amène des souffrances bien plus vives.

Il n'y a pas d'empâtement des parties molles, ni d'engorgement ganglionnaire.

Le seul traitement prescrit est le repos au lit et l'enveloppement ouaté du cou.

Le 29 août, l'enfant est revu à la consultation. La guérison peut être considérée comme complète. Il n'y a plus de douleur à la pression ni par les mouvements.

OBSERVATION XI

(J. HUMEAU. Thèse de Paris, 1896)

L... Jeanne, âgée de 14 ans 1/2, entre dans le service de M. BROCA à l'hôpital Trousseau.

Père mort phtisique à 48 ans. La mère est bien portante. Un frère, âgé de 18 ans, a eu des crises nerveuses.

L'enfant a toujours été délicate, mais n'a jamais eu des maladies sérieuses.

Le 15 mars, elle a éprouvé un violent mal de gorge, sans fièvre, avec mal de tête et mal d'oreilles. Depuis lors, la tête est inclinée du côté gauche.

Le 29 avril, à l'entrée, on constate que la douleur est généralisée dans toute la région du cou.

Il y a de la raideur articulaire. Les mouvements sont douloureux.

Le 30 avril, elle est soumise à l'extension continue de la tête.

Le 12 mai : guérison complète.

OBSERVATION XII

(J. HUMEAU. Thèse Paris, 1896)

Marcelle R..., âgée de 6 ans, est venue une seule fois à la consultation de l'hôpital Trousseau, le 17 septembre 1893.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, l'enfant a joui d'une bonne santé. Le 14 juillet 1893, il y a deux mois, la petite malade fut prise d'une scarlatine de médiocre intensité.

Huit jours plus tard vint un abcès cervical sans fièvre ni douleur. Cet abcès, guéri seulement depuis trois semaines, a laissé une cicatrice longue d'un centimètre sur la partie moyenne du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien droit.

A l'examen, on constate que la tête est inclinée à gauche, un peu étendue avec rotation de la face à droite. Le sterno-cléido-mastoïdien gauche est un peu plus tendu que le droit. A droite, il y a une certaine tension de la nuque, mais sans aucun empâtement. La pression sur les masses latérales des vertèbres cervicales détermine une légère douleur.

Collier plâtré pendant un mois. Guérison.

CONCLUSIONS

1° Avant de poser le diagnostic du mal de Pott, il faut toujours songer à l'existence des arthrites cervicales fugaces, pour éviter un traitement inutile.

2° Ces arthrites s'attaquent, le plus souvent, aux petites articulations de la colonne cervicale.

3° Elles sont souvent une manifestation de l'ostéomyélite larvée.

4° Leurs causes sont multiples.

5° Leurs signes radiographiques sont imprécis.

6° Leur pronostic est bénin.

7° Le traitement orthopédique donne d'excellents résultats avec restitution de toutes les fonctions articulaires.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD et COUDERAY. — Spondylites infectieuses. *Journal médical français*, décembre 1912, p. 489.
- AIMES. — Les spondylites. *Le Progrès médical*, 31 mai 1919.
- BROCA. — *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, 1902, p. 304.
- CHARBONNEL, FARGES, LAFFITTE et DUPONT. — Arthrites cervicales et torticolis d'origine naso-pharyngienne. Société de Chirurgie de Bordeaux, séance du 9 avril 1931.
- CHAVELIN. — Du diagnostic du mal de Pott latent chez l'adulte. *Revue de Chirurgie*, n° 10, 1923.
- EPSTEIN. — Arthrite infectieuse de la colonne vertébrale. *The American Journal of Medical Sciences*, 1922.
- FERRIO. — *Gazetta medica di Torino*, n° 49, 1899.
- FRÉLICH. — Congrès de Gyn., d'Obstétrique et de Pédiatrie. Toulouse 1910.
- FRÉLICH. — Côtes cervicales et apophysites cervicales latérales. *Revue d'Orthopédie*, 1911, p. 25.
- FRÉLICH. — De la spondylite tuberculeuse fugace. *Revue d'Orthopédie*, 1907, p. 167.
- GRISEL. — *Revue d'Orthopédie*, 1903.
- GRISEL. — Enucléation de l'atlas et torticolis naso-pharyngien. *Presse médicale*, 11 janvier 1930.
- HUMEAU. — Thèse de Paris, 1896.
- KIDNER. — Infections atténuées du corps vertébral, probablement d'origine staphylococcique. *The Journal of Orthopedic Surgery*, septembre 1921.
- LABEYRIE. — Ostéites non tuberculeuses du rachis chez l'adulte. *Gazette des Hôpitaux*, 1905, p. 1143-1179.

- LANCE et JOUBERT. — Spondylites et périsspondylites infectieuses. *Revue de Chirurgie*, 1919, p. 607.
- MAYET et LAVAL. — Les arthrites cervicales aiguës post-scarlatineuses. *Bull. médical*, mars 1920.
- MONTAGNE. — Thèse de Montpellier, 1926.
- MOUAN. — *Deutsche Med. Wochen.*, 1893.
- PRIVAT. — Quand doit-on penser au mal de Pott? *L'Evolution médico-chirurgicale*, 1922, n° 10.
- ODELBERG et JOHNSON. — Un cas d'arthrite cervicale après amygdalectomie. *Acta orthopædica Scandinavica*, 1931, p. 302-317.
- ROUVIÈRE. — *Anatomie humaine, descriptive et topographique*. Paris 1932.
- SCHÆSINGER. — Un cas de spondylite cervicale avec régression exceptionnelle de tous les symptômes. Société de Médecine et de Pédiatrie de Vienne, 15 décembre 1910.
- SORREL et SORREL-DÉJERINE (M^{me}). — Sur quelques cas de mal de Pott sans signes radiographiques. Société de Neurologie, 29 février 1924.
- TAYLOR-MADISON-WINSOR. — A collective review of the literature of spondylo-pathology. *American Medicine*, 1922, p. 450.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*. Paris 1931.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction</i>	7
<i>Anatomie de la colonne cervicale</i>	8
<i>Étiologie et pathogénie</i>	10
<i>Étude clinique</i>	19
<i>Diagnostic et diagnostic différentiel</i>	23
<i>Pronostic et traitement</i>	29
<i>Observations</i>	30
<i>Conclusions</i>	40
<i>Bibliographie</i>	41

VU:

Nancy, le 28 novembre 1936.

Le Président de Thèse,

FRÉLICH.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 30 novembre 1936.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy le 1^{er} décembre 1936.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

